**介護保険送付先変更**（新規・変更・取消）**届**

記載例

（該当する部分の□にを付けてください）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者(本人) | 氏　名 | 上毛　太郎 | 被保険者番号 | １2345678 |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭 ○○年○○月○○日生 |
| 住　所(住民登録地) | 前橋市大手町二丁目１２番１号 |
| 送　付　先 | 住　所 | 〒 371-8601　　　　　　　　　　　　　　　方書前橋市大手町一丁目１番１号 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | マエバシ　ハナコ | 被保険者との続柄 | 長女 |
| 氏　名 | 前橋　花子 |
| 電 話 番 号 | 027-2２4-1111 |
| 理　　　　　　　由 | □　新　規　□　介護施設･医療機関等に入所･入院しているため　　　　　　□　認知症等で書類を紛失するおそれがあるためご親族様かご本人様でお願いします。それ以外の方は市役所から確認がいく場合がございます。補助人、保佐人、成年後見人の場合は必ずそれを証する書面（登記事項証明書）を添付してください。　　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　変　更　□　送付先人を変更したいため□　送付先人が住所変更したため□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　取消し　□　必要なくなったため（理由：　　　　　　　　　　　　）　　　　　　□　被保険者の住民登録地に送付先を戻すため　　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）＜郵送申請の場合＞届出人確認として写真付きの証明書が１点または写真無しだと２点の**届出人様の本人確認書類のコピー**が必要です。 |
| 　（あて先）　前橋市長　　　上記のとおり届け出ます。　　　　令和○○年○○月○○日　**届 出 人**　　１．本人（被保険者）　　２．代理人（本人との関係：長女　　　　　）　　　　　　氏　名　前橋　花子　　　　　　　　　　　　　　　　　＊届出人が本人または送付先人の場合は、氏名のみご記入ください。本人、送付先人以外が届出人の場合こちらも記入願います。　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 　　 連絡先電話番号　　　　　　　　　 　　　　　　 |

(前橋市記入欄)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本人 / 代理人確認書類 | 代理権確認書類 | 受付 | 入力 |
| 写付1　免許証・個人番号ｶｰﾄﾞ・介専・他(　　　　　　　　)写無2　保険証・他 ( 　　　　　　　　　　 　　　 ) | 保険証・委任状他(　　　　　　　　　　) | / |  |

（宛名番号：　　　　　　　　　　　　　　）

（本人の保険証等代理権の確認できるものがない場合）

記載例

＜郵送申請の場合＞

届出人が被保険者本人ではない場合（本人申請ではない場合）、**委任状の記入が必要**です。

または、被保険者本人の保険証等の写しがあれば、委任状の代わりとさせていただきます。

委　任　状

令和○○年○○月○○日

　被保険者

住　　所　　前橋市大手町二丁目１２番１号

　被保険者

氏　　名　　上毛　太郎　　　　　　　　　　　　　　　印

（あて先）前橋市長

私は、市役所に出向くことができないので、介護保険送付先変更届について、

次の者にその権限を委任します。

代理人

住　所　　　前橋市大手町一丁目１番１号

　代理人

氏　名　　　前橋　花子